

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 16

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

BÉRAUD (Gabriel)

Né à Pouzauges (Vendée)

le 21 Décembre 1895

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE L'AVENIR OBSTÉTRICAL

DES

MYOMECTISÉES

AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. CYRILLE JEANNIN, professeur

ANGERS

IMPRIMERIE CENTRALE

15, RUE DE LA ROË, 15

1923



26

33



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

BÉRAUD (Gabriel)

Né à Pouzauges (Vendée)
le 21 Décembre 1895

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE L'AVENIR OBSTÉTRICAL

DES

MYOMETECTISÉES

AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. CYRILLE JEANNIN, professeur

===== ANGERS =====

IMPRIMERIE CENTRALE

15, RUE DE LA ROË, 15

===== 1923 =====

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	ANDRÉ BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ.
Pathologie médicale	RICHAUD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	ACHARD.
	WIDAL.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBECOURT.
Clinique des maladies des enfants	CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	P. MARIE.
Clinique des maladies du système nerveux	TEISSIER.
Clinique des maladies contagieuses	DELBET.
	LEJARS.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	GOSSET.
	DE LAPERSONNE.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
Clinique des maladies des voies urinaires	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique	AUGUSTE BROCA.
Clinique chirurgicale infantile	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETERER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RICHAUD
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUSSY
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	ROUVIERE
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	STROHL
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TANON
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TERRIEN
CHIRAY	LABBE (Henri)	MULON	TIFFENEAU
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	VILLARET
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de profonde reconnaissance.

A MES SŒURS

Avec toute mon affection.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE :

Monsieur H. MERCIER,

ET DE MA TANTE :

Madame BÉRAUD,

Fille de la Charité

A MA FAMILLE

A LA MÉMOIRE
DE MES CAMARADES MORTS POUR LA FRANCE

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur JEANNIN,

Professeur

de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris

A Monsieur le Professeur BOQUEL,

Directeur

de l'École de Médecine et de Pharmacie d'Angers

Professeur de Clinique obstétricale

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HÔTEL-DIEU D'ANGERS

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à nos Maîtres de l'École de Médecine et de l'Hôtel-Dieu d'Angers et de la Faculté de Médecine de Paris.

Nous garderons pieusement la mémoire de M. le Professeur Monprofit, qui ne cessa de nous témoigner toute sa bienveillance, lorsque nous remplissions, dans son service, les fonctions d'interne.

Nous conserverons aussi le souvenir vivant de l'enseignement clinique varié et précis que M. le Professeur Thibault, trop tôt enlevé au culte de ses élèves, nous donnait avec un inlassable dévouement.

Nos remerciements iront ensuite à M. le Professeur Boquel. Il nous donna, en 1914, dans son service de Militaires et à la Clinique, les bases de nos connaissances chirurgicales. Depuis, il voulut bien nous accueillir, avec une grande bienveillance, à Montéclair, et, par son enseignement, il sut nous rendre plein d'intérêt l'art des accouchements. Récemment encore, il acquit un nouveau titre à notre reconnaissance en nous confiant les observations qui feront l'objet de ce modeste ouvrage.

A M. le Professeur Turlais qui nous fit, au début de la guerre, faire nos premiers pas dans l'étude des maladies, et ne cessa, depuis, de nous témoigner sa sollicitude, nous exprimons notre respectueux attachement.

M. le Professeur Jeannin fut aussi pour nous un maître plein d'aménité. Il a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter de présider notre thèse. Qu'il nous permette de lui dire toute notre reconnaissance.

A M. le Professeur Marfan et à M. le Docteur Pr. Merklen, qui nous accueillirent avec bienveillance dans leurs services, nous exprimons enfin nos sentiments de respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION
à l'Étude de l'Avenir Obstétrical
DES

Myomectisées au Cours de la Grossesse

INTRODUCTION

Au cours de la grossesse, les fibromes constituent le plus souvent un épiphénomène. Quelle que soit leur situation par rapport au muscle utérin, qu'ils soient interstitiels, sessiles ou pédiculés, ils ne font guère que se surajouter à la grossesse sans donner lieu à des manifestations pathologiques. La constatation de leur présence est d'ailleurs extrêmement fréquente.

Des complications peuvent évidemment survenir au cours du travail, et elles résultent en particulier de la présence d'un fibrome *prævia*. Leur traitement chirurgical s'impose alors ; et on a recours le plus souvent à l'hystérectomie, par suite de la multiplicité des fibromes, de leur volume ou de l'âge de la malade ; parfois, la Myomectomie peut être tentée. Mais la pathologie de l'accouchement, en cas de fibrome, n'est pas le sujet que nous nous proposons d'étudier.

En ne considérant que l'évolution de la grossesse, les complications, bien que rares, nous paraissent pouvoir être classées en deux groupes principaux : on peut avoir affaire à des fibromes pédiculés ou largement sessiles, et ils constituent en quelque sorte des tumeurs para-utérines. Ils sont alors justiciables du même traitement que ces tumeurs et leur ablation n'entraîne

pas, nous semble-t-il, de considérations particulières, et nous ne nous occuperons pas de leur étude.

Ou bien, les fibromes semblent interstitiels, c'est-à-dire inclus en pleine paroi utérine : ce sont des tumeurs utérines ; et nous avons pour but d'envisager le traitement des symptômes des gravité réelle qu'ils peuvent déterminer.

L'hystérectomie est une intervention de gravité considérable, si l'on songe qu'elle doit être faite le plus souvent à une époque où l'interruption de la grossesse entraîne la mort de l'enfant.

Aussi, la Myomectomie nous paraît-elle devoir être, en principe, infiniment meilleure. Quels en sont les résultats ?

Nous envisagerons la possibilité pour la grossesse d'arriver à terme après cette intervention, et la marche de l'accouchement chez les myomectomisées. L'étude statistique d'un certain nombre de Myomectomies pratiquées au cours de la gravidité, sans doute sujette à la critique comme le sont toutes les statistiques, nous semble cependant nettement favorable.

Mais il est encore un autre point qui nous semble plein d'intérêt, c'est la possibilité de grossesses à évolution normale, tant pendant la période de gestation proprement dite qu'au moment de l'accouchement, survenant après les Myomectomies gravidiques.

CHAPITRE PREMIER

Complications

de la grossesse dans un utérus fibromateux

Nous ne nous arrêterons pas à l'étude de l'étiologie ou de la pathologie des fibrômes utérins, et nous n'aurons pas en vue l'influence vraisemblable de la stérilité sur leur apparition, ni le retentissement qu'ils peuvent exercer à leur tour sur la persistance de la stérilité.

Nous rappellons seulement que, d'une manière très générale, les fibrômes sont hypertrophiés au cours de la gravidité. Parfois même, cet accroissement est si rapide que Pozzi a pu envisager « la marche galopante » de la fibromatose. Le fibrôme prend alors une importance capitale, la grossesse n'étant, en quelque sorte, qu'un phénomène de second plan. Mais une telle évolution est exceptionnelle

En outre, on constate, d'ordinaire une infiltration, une sorte d'état œdémateux de la masse fibreuse ; sa consistance devient plus molle. Cependant cette règle n'est pas absolue ; en certains cas, il peut arriver que, dans un utérus fibreux gravis, la zone qui donne à l'examen l'impression de plus grande mollesse, ne corresponde pas à la région du fibrôme, mais bien à celle où se développe le produit de la conception. Fochier a tout spécialement insisté sur cette particularité. Et même ce ramolissement, accompagné de pseudo-fluctuation, peut en imposer par une collection kystique, et créer une erreur de diagnostic constatée lors de la laparotomie (*Obs. n° 33*).

Pour Pinard, la grossesse peut avoir une influence très variable sur le fibrôme, qu'il compare à un parasite. « Est-il vivant au moment de la fertilisation, il participe à la vie spéciale de

l'utérus ; il se développera et se ramollira ; sinon, il restera stationnaire. »

Il nous faut de plus mentionner le déplacement possible et fréquent des myômes, soit au cours de la gestation, soit pendant le travail. C'est ainsi que l'élévation de masses occupant le segment inférieur de l'utérus ou la partie inférieure de son corps, amène le dégagement de l'excavation pelvienne jusque-là inutilisable, et rend possible et spontané un accouchement dont le pronostic était très réservé.

Nous n'insisterons pas sur la fréquence plus grande qu'à l'état normal des présentations du siège, de la face ou de l'épaule dans un utérus fibreux, et à ce sujet, les statistiques de Lefour sont pleines d'intérêt.

Si nous envisageons la marche du travail, souvent il nous sera possible de remarquer des modifications dans le mode des contractions utérines. Les douleurs bien souvent ne sont pas franches, et, partant, inefficaces. Leur diminution peut produire, en certains cas, un état voisin de l'inertie vraie. D'autres fois, la femme, souffre, mais le rythme de la douleur est troublé, et le fibrôme, selon le mot de Tarnier, devient « un écran » pour les contractions. Le travail se prolonge, la parturiente se fatigue, s'agite avec anxiété, perd sa résistance, et devient une prédisposée à l'infection surtout en cas de rupture prématurée des membranes.

Cependant, l'accouchement se produit souvent spontanément ; parfois, il nécessite une application de forceps ; en général les suites de couches sont normales.

L'étude de Méheut concerne l'évolution de 84 grossesses coexistant avec un fibrôme, observées de 1894 à 1900, à la Clinique Baudelocque, sur un total de 13.814 accouchements. Elle confirme l'évolution très généralement normale de la gestation. Une seule fois des accidents d'occlusion intestinale nécessitèrent une intervention au cours de la grossesse. Une autre fois, des phénomènes graves d'hépatotoxémie obligèrent à l'interruption de la grossesse ; mais étaient-ils causés par le fibrôme ? Il semble difficile de l'affirmer.

En sorte que, sous le contrôle d'examens répétés, il y a lieu

d'adopter une conduite d'attente, dans le cas de fibrôme et de grossesse, et de faire un pronostic relativement favorable.

Cependant, il arrive que l'évolution de la grossesse est troublée et menacée par l'apparition de complications.

D'une manière très générale, les symptômes alarmants apparaissent dans les premiers mois de la grossesse. Nous trouvons ainsi que sur quarante quatre observations, la Myomectomie fut pratiquée trente deux fois avant le cinquième mois, et huit fois seulement entre ce moment et le septième mois. Quatre fois nous n'avons pu recueillir de précisions, mais jamais nous n'avons vu la nécessité de l'opération s'affirmer après le septième mois.

Peut-être peut-on expliquer ces complications précoces par la situation de l'utérus qui, de pelvien, devient abdominal par suite de l'accroissement de son volume. Dans la situation primitive, toute tumeur tend à devenir une cause de compression grave, et parfois même on peut assister à une véritable incarceration de l'utérus fibreux gravide dans l'excavation pelvienne. Dans la cavité abdominale, les tiraillements, les compressions sont singulièrement réduits et, du fait de cette situation nouvelle, les réactions se font bien moins vives.

En tous cas, il faut toujours penser que le problème de l'opportunité d'un traitement chirurgical se pose avant l'époque de la viabilité du fœtus, ou, pour le moins, à un moment où la survie de l'enfant serait absolument exceptionnelle.

Nous nous proposons maintenant de voir rapidement la nature des complications possibles.

Avant tous, il faut placer les phénomènes douloureux. Toutes les modalités de la douleur peuvent se manifester. On peut noter un malaise vague, général, sans localisation précise, une sorte d'état de langueur comme celui qui se manifestait chez la malade de l'*Observation III*; d'autres fois, la femme accuse une sensation de pesanteur pelvienne, accompagnée de tiraillements lombaires supportables, et ce tableau manque rarement; mais parfois la douleur est véritablement aiguë, paroxystique, à début subit et et pouvant même en imposer pour celle que produirait une torsion de pédicule kystique (*Obs. I et II*). Ces phénomènes douloureux, avec ou sans irradiation sur le trajet des nerfs

lombaires ou sacrés, nécessitent un repos complet de la malade, la forcent à s'aliter et provoquent chez elle un état d'anxiété très spécial.

Les hémorragies peuvent aussi constituer une complication. Toutefois, elles sont rares. Il peut s'agir de pertes de sang minimales ou se reproduisant sans raison appréciable à des intervalles variables ; ou bien leur quantité peut être plus considérable ; par leur répétition même, plutôt peut-être que par leur abondance, ces hémorragies diminuent notablement la résistance de la malade et la cachectisent.

D'une manière bien plus fréquente, l'attention du médecin est attirée par des symptômes de compression. Leur gravité est des plus variables. Souvent il s'agit de troubles circulatoires assez bénins se manifestant par des varices au niveau de la vulve ou sur le trajet des saphènes. A un degré plus avancé, l'œdème peut apparaître et même devenir notable.

Parfois les signes de compression sont plus alarmants et manifestent l'existence d'un véritable barrage situé en un point quelconque de l'arbre urinaire. On peut trouver des symptômes d'anurie et de rétention d'urine avec cystite, accompagnés des manifestations générales habituelles.

Les dernières portions du tube digestif peuvent subir aussi une compression ; dans les cas les plus favorables, celle-ci ne donne lieu qu'à une constipation opiniâtre. Ce ralentissement du transit intestinal est d'ailleurs presque toujours rencontré et il détermine de l'auto-intoxication. Mais la gravité est tout autre et immédiate lorsque apparaît le syndrome d'occlusion intestinale avec des signes locaux et généraux et des troubles fonctionnels typiques (*Obs. 44*).

D'autres fois, il y a du péritonisme et parfois même une réaction péritoniale précise.

Nous nous contenterons de signaler la possibilité d'un mouvement de torsion, de rotation en masse de l'utérus ou de rétroflexion.

Enfin, l'alarme peut être donnée par l'apparition d'accidents cardiaques ou pulmonaires, dus le plus souvent, semble-t-il, au développement exagéré de l'abdomen.

CHAPITRE II

Diagnostic des complications

En présence d'une femme qui, avant la ménopause, est atteinte de phénomènes morbides analogues à ceux que nous avons précédemment décrits, et dont l'utérus est augmenté de volume, le médecin doit tout d'abord envisager la possibilité d'une grossesse.

Il est, en effet, certaines formes de grossesses, les grossesses angulaires en particulier, dont l'existence entraîne souvent une série de troubles particulièrement alarmants. Parfois, encore, un utérus gravide en rétroflexion peut être cause de toutes ces manifestations graves.

Cependant, le diagnostic de grossesse est loin d'être toujours facile à établir. Nous ne nous arrêterons pas aux cas trop fréquents, où la malade ne se croit pas enceinte, ou bien, cherche à dissimuler sa grossesse.

Mais il nous faut rappeler que les complications éclatant le plus souvent dans les premiers mois de la gestation, en l'absence des signes de certitude de la gravidité, les anamnestiques devront être recherchés avec le plus grand soin. Les caractères distinctifs de certaines hémorragies et d'une véritable menstruation peuvent être décevants. C'est alors qu'un interrogatoire minutieux permettra d'étudier les modalités de ces pertes sanguines dans leurs moindres détails.

De même, l'existence des phénomènes sympathiques, accompagnant d'ordinaire la gestation, et des signes de probabilité de grossesse, sera l'objet d'une recherche attentive.

Si la marche des complications n'empêche pas une certaine temporisation, la répétition de l'examen permettra de juger

l'évolution, et, grâce au temps, les signes de certitude deviendront enfin manifestes.

Lorsque la grossesse est reconnue, un autre problème se pose : il s'agit de déterminer le rôle de la fibromatose dans l'apparition des complications.

La notion de l'âge de la femme ne sera que d'un faible secours. Par contre, le diagnostic sera facilité par la connaissance de ménorragies antérieures à la grossesse ou par la constatation préalable de fibrômes utérins.

Quoi qu'il en soit, une augmentation de volume de l'utérus qui n'est pas en rapport avec l'âge approximatif de la grossesse, et la sensation au palper de l'utérus de nodules de consistance variable, mais immobiles au moment des mouvements fœtaux et rendus plus appréciables lors des contractions utérines, sont des signes de fibrôme dont il ne faut pas méconnaître la valeur.

Cependant, l'indocilité de la malade ou l'état adipeux de sa paroi abdominale augmentent souvent les difficultés de ces diverses recherches ou en faussent le résultat.

Enfin, les cas ne sont pas rares où le caractère intense et grave des complications oriente, alors qu'en réalité il s'agit d'un fibrôme, le diagnostic vers la torsion d'un pédicule kystique. Ainsi, dans les *Observations I et II*, l'hypothèse de fibrôme avait été écartée, d'autant que le toucher combiné au palper, surtout en un cas (*Obs. I*), faisait croire à l'existence d'une masse dans doute mobile avec l'utérus, mais séparée de lui par un sillon très net. Le diagnostic de kyste est, nous semble-t-il, l'erreur la plus facilement commise (*Obs. nos 12, 28, 29, 33*).

Ailleurs (*Obs. 44*), un syndrome d'occlusion intestinale impose la laparotomie, et le diagnostic de fibrôme n'est fait qu'en cours d'opération.

Les observations que nous avons lues n'ont jamais fait mention de complications pouvant en imposer pour une inondation péritonéale par suite de rupture de grossesse extra-utérine.

Nous sommes très persuadé que, bien souvent, c'est la constatation du fibrôme après laparotomie qui établit un diagnostic précis de la cause des complications envisagées.

CHAPITRE III

Indications de la Myomectomie

L'apparition de complications graves et telles qu'elles constituent une menace pour la vie de la mère et pour celle du fœtus, doit donc décider le chirurgien à intervenir, Toutefois, il ne doit pas attendre, croyons-nous, pour prendre une telle résolution, que l'état de la femme devienne assez précaire pour lui rendre le shock opératoire inévitable, difficilement supportable. Sinon, elle ne saurait bénéficier, non plus que son enfant, d'un traitement chirurgical.

« L'idéal serait alors », comme le disait Richelot, « d'extirper les tumeurs sans ouvrir la cavité utérine, en laissant le fœtus et avec l'espoir de voir la grossesse continuer son évolution ».

La seule intervention capable de soulager la mère en ménageant l'enfant nous paraît être la Myomectomie. Nous verrons que cette opération n'est pas sans comporter des risques ; cependant, le nombre des succès qui lui est consécutif est assez élevé, nous semble-t-il, pour qu'elle puisse être préférée à l'hystérectomie, toutes les fois que la chose est possible.

Celle-ci est plutôt indiquée en cas de réaction péritonéale ou de nécrobiose du fibrôme. Il en est de même quand le nombre ou le volume des myômes crée des difficultés opératoires, obligeant, en cas de Myomectomie, à faire un traumatisme grave et prolongé de l'utérus, ce qui rend l'évolution favorable de la grossesse plus problématique ; un trop grand délabrement de la paroi utérine aurait aussi les plus grandes chances de compromettre la solidité du muscle utérin et d'en favoriser la rupture.

Dans la pratique de la Myomectomie, les conseils de prudence que donnait récemment Balfour Marshall nous paraissent fort judicieux. « Quand cette opération est envisagée, » écrivait-il, « il faut avoir la permission de pratiquer une hystérectomie en cas de nécessité, et ce peut être du fait d'une hémorragie dont on ne peut se rendre maître, ou d'un dommage excessif causé à la paroi utérine, ou encore de difficultés techniques inattendues. »

Telle était déjà l'opinion de Grosse. « il faut être d'autant plus prudent qu'une opération commencée avec l'espoir de conserver l'utérus peut se terminer par l'ablation de l'organe ».

En plus de la survie du fœtus (souci constant du chirurgien) qu'elle permet, la Myomectomie préserve encore la femme d'une ménopause anticipée et des troubles qui accompagnent souvent cette période; elle lui donne aussi la possibilité d'avoir des grossesses ultérieures, ce qui n'est pas un faible avantage au point de vue social.

Malgré ces avantages, qui donnent à la Myomectomie sa raison d'être, il ne faut pas oublier que, même pratiquée dans les conditions les plus favorables, cette opération, comme tout autre acte chirurgical d'ailleurs, n'est pas sans entraîner des risques pour la mère. La syncope anesthésique, les manifestations d'insuffisance hépato-rénale, le shock opératoire et les hémorragies sont toujours possibles. Et, d'autre part, la grossesse, après l'intervention, est loin d'aller toujours à terme.

Donc, puisque « en cas de fibrome, la règle c'est que la grossesse arrive à terme » (Richelot), nous ferons nôtre, pour conclure, l'opinion qu'exprimait Schwartz, « l'intervention au cours de la grossesse doit être exceptionnelle ».

CHAPITRE IV

Historique

Dans un mémoire de 1749, Levret, le premier, mentionna la Myomectomie vaginale, ou plutôt la polypectomie et la pratiqua avec succès au cours de la grossesse.

Mais c'est dans la seconde moitié du siècle dernier que fut décrite l'opération par voie abdominale. Martin de Berlin en régla les détails et la vulgarisa en 1878, si bien que la Myomectomie fut appelée « opération de Martin ». La méthode antiseptique et aseptique, en ouvrant à la chirurgie une ère nouvelle, permit alors le succès.

Spencer Wells pratiqua cette intervention.

En France, Routier, en 1886, et Jaboulay, de Lyon, en 1891, furent les promoteurs de cette méthode.

Admise d'abord avec une certaine circonspection, et en quelque sorte effacée par les grandes séries de succès dus à la pratique de l'hystérectomie, la Myomectomie fut l'objet de débats dont on retrouve les échos dans les comptes-rendus du Congrès international de Médecine de Paris, en 1900.

Dartigues, dans sa thèse de la même année, lui réserva, sous l'inspiration de Segond, un important chapitre.

En 1901, Boursier lut, au Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Nantes, un rapport sur la grossesse compliquée de fibrômes. Il y indiqua les avantages de la Myomectomie pratiquée dans les premiers mois de la gestation; le Professeur Monprofit, le Professeur Pinard, Martin (de Rouen), Varnier, Delagenière s'en déclarèrent partisans.

Turner, Grosse, Bonnier, puis Joubert; plus récemment encore, Benoit-Gonin, Fontaine et Viel firent, de la Myomectomie au cours de la grossesse, des études pleines d'intérêt.

Actuellement, la Myomectomie est une opération admise par la plupart des chirurgiens et des accoucheurs, avec la réserve expresse qu'elle ne doit être pratiquée que d'une manière absolument exceptionnelle.

CHAPITRE V

Technique opératoire de la Myomectomie

Nous n'aurons en vue que l'étude de cette intervention pratiquée par la voie abdominale.

Sans doute, la voie vaginale est-elle tout indiquée lorsque les complications sont dues à un polype du col utérin ou bien à un fibrome développé dans la portion cervicale. Mais là nous semblent se borner les applications de la Myomectomie par voie basse, et, en dépit de quelques beaux succès obtenus dans l'ablation de fibromes du segment inférieur de l'utérus, comme en signale la thèse de Joubert, l'abstention de cette méthode nous semble plus indiquée dans le plus grand nombre des cas.

En règle générale, comme l'écrivait notre regretté Maître, M. le Professeur Monprofit, « la chirurgie conservatrice de l'appareil génital ne peut se faire que par la voie large et claire de l'incision abdominale. Par là seulement, l'exploration peut être assez complète, assez minutieuse pour ne rien omettre; et, par là aussi, l'intervention peut être assez exacte pour ne rien léser d'important et pour assurer l'intégrité des organes qu'on se propose de conserver ».

En 1912, M. le Professeur Bar exprimait une opinion semblable; il déconseillait « d'énucléer par voie vaginale, même si le fibrome, étant supravaginal, paraît accessible, car on n'en connaît pas les limites supérieures ».

En outre, nous passerons, ainsi que nous l'indiquions dès les premières lignes de cette étude, sur l'ablation des fibromes pédiculés, qui, en dépit même de leur volume possible, peuvent en général être considérés comme des masses para-utérines. L'énucléation des fibromes semblant nettement sous-péritonéaux ne nous arrêtera pas non plus, car elle n'intéresse pas, dans le plus grand nombre des cas, les plans profonds de la paroi utérine. Les fibromes à développement intra-ligamentaires constituent en quelque sorte une classe spéciale; et les difficultés

opératoires que présente leur énucléation sont souvent considérables, mais il ne sont pas le sujet que nous nous sommes proposé.

L'intervention sous-muqueuse est exceptionnelle au cours de la gravidité ; sa pratique entraîne les chances les plus considérables d'ouverture de la cavité utérine, et la continuation de la grossesse devient très aléatoire. Elle n'est pas cependant fatalement compromise, comme en témoigne l'*Observation n° 41*, due à Reeb ; le déclenchement du travail n'en est pas moins infiniment probable.

Nous avons en vue plus particulièrement l'ablation des tumeurs paraissant être intra-pariétales. Cependant, il nous faut remarquer que, dans les observations que nous avons pu rassembler, nous n'avons jamais trouvé mention de l'examen histologique de la pièce anatomique. Sans doute des recherches de cet ordre pourraient-elles apporter un argument incontestable de la localisation du fibrome en pleine paroi utérine ; et par là, nous entendons un noyau séparé soit de la muqueuse, soit du péritoine par une sorte de pont constitué par du tissu musculaire. Mais nous avons dû nous contenter de l'examen macroscopique des tumeurs, ou des détails opératoires, afin d'établir le classement de ces fibromes dans la catégorie des masses profondes, mais énucléables.

Il nous reste à envisager la technique opératoire. Sous anesthésie générale, on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale de longueur suffisante pour rendre possible l'examen de l'utérus, de ses annexes, et les diverses manœuvres opératoires.

Puis la malade est mise en position de Trendelenbourg. Au moyen de larges compresses, on refoule vers le diaphragme et on maintient appliquées, contre lui, les anses intestinales. On dispose un écarteur. L'utérus est attiré autant que possible hors de l'excavation, s'il n'occupe déjà la cavité abdominale. Mais la plus grande douceur est nécessaire au cours de ces manœuvres, afin de rendre aussi faible que possible la violence du traumatisme. Puis, comme l'indique Pozzi, « on fait une incision sagittale directement sur la tumeur comprenant toute l'épaisseur du muscle utérin, jusqu'au fibrome. Cette incision est presque toujours exsangue.

« On saisit alors le fibrome par une ou deux pinces à griffes

et on l'énuclée de sa capsule avec le doigt, ou en s'aidant d'une spatule mousse, ou, au besoin, de ciseaux... L'énucléation faite, il reste des cavités qu'il faut débarrasser avec soin de tous les tissus fibreux qui peuvent les remplir.

« L'hémostase sera réalisée avec le plus grand soin, elle est ordinairement plus facile qu'on ne le pense par suite de la contraction immédiate du tissu utérin sectionné. Néanmoins, il faut lier les vaisseaux qui donnent du sang... La plaie sera refermée après avoir, s'il est nécessaire, fait un ou deux surjets profonds au catgut, de manière à obtenir une sorte de capitonnage de la cavité ».

Tuffier écrit aussi : « Quand l'énucléation est complète, le muscle utérin revient sur lui-même et la perte de substance à combler est peu étendue. » Mais il croit que « pour le bon fonctionnement du muscle utérin, la résection et le capitonnage doivent être exceptionnels ».

Le temps d'énucléation entraîne des difficultés variables. Pour Turner, « par suite de l'épaississement de la paroi utérine, au cours des premiers mois de la grossesse, la Myomectomie est d'une facilité qui surprend le chirurgien ». Dans son important ouvrage, Dartigues exprime ainsi son opinion : « Dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, la paroi utérine est plus épaisse qu'à l'état non gravide, aussi l'énucléation peut-elle se faire avec facilité et rapidité, vu la différenciation plus nette entre le tissu fibreux et le tissu utérin, vu aussi la plus grande laxité de la capsule. Plus tard, lorsque la grossesse est plus avancée, la paroi utérine est amincie et les risques d'ouverture de la cavité utérine sont augmentés ; aussi faudra-t-il aborder avec une extrême précaution les couches musculaires profondes, et se tenir au ras de la tumeur fibreuse pendant la décortication. »

Dans les observations inédites que nous présentons, l'énucléation ne rencontra guère de difficultés. La technique indiquée plus haut fut suivie, mais il faut noter une certaine difficulté pour la réalisation de l'hémostase (*Observation II*) due, semble-t-il, à la situation latérale du fibrôme considéré. Au cours de la *III^e* énucléation, quelques fibres musculaires furent arrachées, sans créer néanmoins une attrition grave de la paroi. De plus, l'implantation basse du fibrôme en rendit l'ablation plus particulièrement délicate.

CHAPITRE VI

Statistique

Dans les pages suivantes, nous rapportons brièvement différents cas de Myomectomie abdominale profonde que nous avons rencontrés dans la littérature médicale.

Numéros	N O M	Année	Nombre de gross.	Age	Mois de grossesse	Nature de l'intervention	Avant terme	
							Avortement	Acc. préma- luré
1	MARTIN (<i>in</i> Pujol) ...	1885	»	»	6	Excision cunéiforme du fond de l'utérus.	»	7 j. après
2	OGDEN (<i>in</i> Pujol)....	1885	»	»	»	Grossesse non diagnosti.	Le 12 ^e jour	»
3	MARTIN (<i>in</i> Pujol) ...	1886	»	»	4	Grosse tumeur antérie. Petite tumeur postérie.	1	»
4	LAUGNER (<i>in</i> Pujol)..	1886	I	41	4	»	1	»
5	MARTIN (<i>in</i> Pujol)...	1889	I	40	4	Trois tumeurs dont deux interstitielles.	Le lendemain	»
6	S.C. GORDON (<i>in</i> Pujol)	»	»	35	3	»	»	»
7	TERRIER (<i>in</i> Méheut).	1890	III	»	5	Fibrôme pesant 3.125 gr.	»	»
8	HASDEN (<i>in</i> Fontaine)	1891	»	»	4	»	»	»
9	ROSNER (<i>in</i> Fontaine)	1892	»	»	»	»	1	»
10	STRAUCH (<i>in</i> Fontaine)	1892	»	»	4	»	»	»
11	FLAISCHEN (<i>in</i> Pujol)	1892	I	31	3	»	»	»
12	BECKING (<i>in</i> Pujol)...	1894	I	36	4 1/2	Opérée pour kyste.	»	7 1/2
13	TÉMOIN (<i>in</i> Benoit-Gonin).	1897	I	27	5	»	»	»
14	MONPROFIT	1897	»	»	3 1/2	»	»	»
15	TÉMOIN (<i>in</i> Benoit-Gonin).	1898	I	25	4	»	»	6
16	BRAUEN Karl (<i>in</i> Zwibel)	»	»	»	»	»	»	»
17	KELLY (<i>in</i> Zwibel)...	»	»	»	3	»	»	»
18	KELLY (<i>in</i> Zwibel)...	»	»	»	3	»	»	»
19	FROMMEL (<i>in</i> Zwibel)	»	»	»	4	»	»	»
20	JACOBS	1902	»	»	5	Fibrôme gross. d'un œuf.	»	»
21	JACOBS	1902	»	»	5	»	»	»
22	LANCE	1903	I	24	3 1/2	»	»	»

Sans doute, les observations ainsi présentées ne permettent-elles que de donner des indications d'un caractère schématique. Cependant, nous nous sommes efforcé de réunir, dans chaque cas, les détails nous paraissant avoir le plus d'importance.

A notre vif regret, il nous a été trop fréquemment impossible de nous procurer certains détails opératoires ou obstétricaux omis dans les observations et dont l'intérêt eût été manifeste.

Interventions	Sexe	Poids	OBSERVATIONS	Grossesse ultér.	Evolution	OBSERVATIONS
»	»	»	Morte le 7 ^e jour, hémorragie.	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	Morte 4 jours après hémorragie.	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	2 ^k 900	Durée du travail, 15 ^h ; période d'expulsion, 30'.	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	La grosse ^{se} contin. à évoluer.	»	»	»
»	masc.	»	»	»	»	»
»	masc.	2 ^k 000	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
Épaul. Embryotomie. Boquel.	»	»	Morte 2 jours après. Rupture ?	»	»	»
»	»	»	»	1899 1901	Normale Avortement 5 mois	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
Forceps.	»	»	Durée du travail, 22 ^h .	»	»	»

Numéros	N O M	Année	Nombre de gross.	Age	Mois de grossesse	Nature de l'intervention	Avant terme		
							Avortement	Acc. prématuré	A terme
23	CONDAMIN.....	1903	III	33	21/2	»	3 ^e	»	»
24	THORN (<i>in</i> Joubert) ..	1903	I	37	31/2	Fibrôme avec réaction péritonéale.	»	»	1
25	POIRIER (<i>in</i> Fontaine)	1905	»	37	4	Fibrôme à droite et en avant de la grosseur de deux poings. On croit apercevoir le placenta.	»	»	1
26	BONAMY (<i>in</i> Burty)...	1906	I	30	21/2	»	»	»	1
27	DEPURSAC	1910	I	37	4/12	»	»	»	1
28	THÉVENARD.....	1910	I	27	41/2	Diagnostic kyste.	»	»	»
29	TAYLOR.....	1910	I	32	4	Diagnostic kyste.	»	»	1
30	J. VAN DOREN YOUNG	1910	I	33	4	»	1	»	»
31	TÉMOIN (<i>in</i> Benoit-Gonin).	1911	III	31	»	Fibrôme et kyste de l'ovaire tordu et rompu.	Le lendemain	»	»
32	TÉMOIN (<i>in</i> Benoit-Gonin).	1911	III	»	5	»	»	»	1
33	WARD.....	1912	I	44	41/2	Diagnostic kyste. Fibrôme à droite intel, fibrôme/s péritonéal du fond.	»	6	»
34	TÉMOIN (<i>in</i> Benoit-Gonin).	1913	»	»	3	»	Le lendemain.	»	»
35	CHIFOLIAU.....	1913	I	36	5	2 fibrômes pédiculés, 1 interst ^{iel} grosseur 2 poings.	»	»	1
36	HARDOUIN-DAYOT ...	1913	I	28	4	Ouverture jusqu'à la muqueuse.	»	»	1
37	PHILIPPS	1914	I	41	6	»	»	»	1
38	BOQUEL (<i>Obs. I</i>)	1917	II	39	41/2	Diagnostic kyste tordu.	»	»	1
39	BOQUEL (<i>Obs. II</i>) ...	1917	I	31	5	Diagnostic kyste tordu.	»	»	1
40	SANTY.....	1919	I	34	4	Fibrôme sous-péritonéal corne gauche, gros. tête de fœtus, fibrôme intel paroi antérieure, gros comme une orange.	»	»	1
41	REEB.....	1920	I	35	1 ^{er}	Ouvert. de la cavité utérine.	»	»	1
42	DUJARIER.....	1921	»	»	3	8 fibrôm. { 5 pédiculés. 2 superfic ^{iels} . 1 interstitiel.	»	»	»
43	BOQUEL (<i>Obs. III</i>) ..	1921	II	35	3	Fibrôme segment infér ^r .	13 jours après	»	»
44	DUCHÈNE.....	1922	»	»	31/2	Accidents d'occlusion intestinale. 2 fibrômes interstitiels dont un bloquant l'excavation,	»	81/2	»

Interventions	Sexe	Poids	OBSERVATIONS	Grossesse ultérie.	Evolution	OBSERVATIONS
»	»	»	La 2 ^e grossesse gémellaire. Opérée en 1901 : Kyste ovaire gauche, hernie ombilicale.	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
Forceps p. inertie.	»	3 ^k 500	»	»	»	»
»	»	3 ^k 000	Durée du travail, 24 ^h ; durée de l'expulsion, 2 ^h .	»	»	»
ésar ^{ne} Jeannin.	»	»	Menace de rupture.	»	»	»
»	»	»	Bruits du cœur entendus 20 j. après l'intervent.	»	»	»
Forceps.	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	1910	Forceps	»
»	»	»	Morte le 6 ^e jour, rupture de la suture.	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
Forceps, délivr. artificielle.	masc.	3 ^k 300	»	»	»	»
»	»	»	Allaitement maternel.	»	»	»
»	fém.	3 ^k 140	Durée du travail, 5 ^h .	1	Normale	Fille : 3 ^k 450. Travail : durée, 11 h.
»	fém.	3 ^k 100	Siège, durée du trav., 7 ^h .	1	Normale	Garc. : 3 ^k 200. Trav. : dur., 3 ^h . Dél. ap. 1 ^h 45
»	masc.	3 ^k 310	Travail, 22 ^h ; enfant présentant un nævus pigmentaire et pileux sur tout le dos, du cou au sacrum.	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	Grossesse près du terme, continuant à évoluer.	»	»	»
étention placent ^{re} urage utérin.	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»

CHAPITRE VII

Suites opératoires

AVORTEMENT. — ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Il nous semble intéressant d'étudier les suites opératoires de ces diverses Myomectomies.

Nous envisagerons d'abord la mortalité maternelle. Sur quarante quatre observations, il y eut trois décès.

Une mort fut consécutive à une hémorragie accompagnant un accouchement prématuré sept jours après l'intervention (*Obs. n° 1*). L'énucléation semble, d'ailleurs, avoir été importante, puisqu'elle avait conduit à pratiquer une excision cunéiforme du fond de l'utérus.

Une autre malade de Martin avorta le lendemain de l'opération et mourut trois jours après, d'hémorragie (*Obs. n° 5*). Chez une opérée de Témoin (*Obs. n° 31*), il se produisit, le lendemain de la Myomectomie, un avortement et une rupture de la suture utérine déterminant la mort au sixième jour. Dès l'intervention, la pronostic avait été sombre. Outre la Myomectomie, Témoin avait, en effet, dû pratiquer l'ablation d'un kyste de l'ovaire tordu et rompu.

Si, laissant de côté les conséquences qu'entraîne l'opération pour la mère, nous nous attachons au point de vue obstétrical, nous trouvons quinze expulsions avant terme du produit de la conception.

Dans ce total figurent dix avortements.

Leur précocité est remarquable, il semble bien qu'on puisse

en trouver la cause dans le traumatisme chirurgical. Trois eurent lieu, en effet, dès le lendemain de la Myomectomie (*Obs. n° 5, 31, 34*). Mais il nous faut songer à la gravité de l'intervention déjà mentionnée (*n° 31*). D'autre part (*n° 5*), Martin avait été entraîné à faire l'ablation de trois tumeurs utérines dont deux profondes, d'où traumatisme vraiment considérable.

Dans quatre observations, la date de l'avortement, par rapport au moment de la Myomectomie, n'est pas indiquée.

En certains cas, le travail peut se manifester d'une manière plus tardive. Dans l'*Observation n° 2*, il survint douze jours plus tard; et après quinze jours, dans un autre cas (*Obs. n° 23*). Chez M^{me} A... (*Obs. III*), il se produisit après une période de calme de treize jours. La malade n'avait pas manifesté de coliques utérines après l'intervention. Neuf jours plus tard, elle fut prise d'un frisson d'une durée de un quart d'heure, accompagné de vomissements. La cause n'en put être expliquée par un examen minutieux; localement, la malade ne présentait rien d'anormal; les crins de la suture purent, en effet, être enlevés le même jour. Le frisson se renouvela le 1^{er} et le 3 janvier 1922, avec chaque fois une durée plus considérable (20 et 30 minutes). Dans la soirée du 3, le travail débuta, il fut suivi de l'avortement. Mais l'œuf ne fut pas expulsé entièrement, et le placenta, retenu dans l'utérus, dut être évacué quatre jours plus tard, sous anesthésie générale, par un curage, devant la menace de complications infectieuses : lochies odorantes, élévation de la température. Les signes généraux s'amendèrent dès le lendemain, et la malade sortit quinze jours après cette dernière intervention. Il nous faut remarquer que cette femme avait, en 1921, accouché d'un enfant pesant 1.500 grammes et qui mourut au neuvième jour. Sans doute, dit-elle, qu'elle eut à cette époque deux crises d'éclampsie; sans doute aussi la réaction de Wassermann, pratiquée à la Maternité d'Angers, eut-elle un résultat négatif, il n'en est pas moins vrai qu'il reste un doute de spécificité en présence de l'issue de ces deux grossesses consécutives.

Restent enfin cinq accouchements prématurés. D'une manière

générale, ils nous paraissent moins, que les avortements, être sous la dépendance de la Myomectomie.

Un seul eut lieu le lendemain de l'intervention (*Obs. n° 1*); il fut en outre suivi du décès de la mère, comme nous l'indiquons au début de ce chapitre.

Dans les autres cas, l'utérus manifesta une tolérance parfois considérable. Elle fut de un mois et demi (*Obs. n° 33*), alors que l'utérus avait été vivement traumatisé du fait de l'excision d'un noyau sous-péritonéal du fond de l'utérus, et d'une énucléation interstitielle à droite. Parfois, la tendance à la continuation de la grossesse est encore plus manifeste : le travail ne se déclare qu'après un intervalle de deux mois (*Obs. n° 15*), de trois mois (*Obs. n° 12*) et même de cinq mois dans une dernière observation (*Obs. n° 44*). Peut-on même parler d'accouchement prématuré après huit mois et demi de grossesse? Quoi qu'il en soit, nous pensons que, dans ces différentes observations, le rôle du traumatisme opératoire est pratiquement négligeable.

Nous croyons pouvoir dire que l'interruption de la grossesse est d'une assez grande fréquence après la Myomectomie, puisque nous la rencontrons dans plus de un tiers des cas. Sur ces 15 expulsions prématurées, l'avortement est bien plus fréquent (10 cas) et paraît lié plus nettement à l'acte chirurgical. Peut-être, d'ailleurs, cette fréquence relative de l'avortement est-elle corrélative à la précocité des complications et de l'intervention.

CHAPITRE VIII

Accouchement. — Délivrance. — Suites de couches

L'examen des observations résumées nous montre que la grossesse poursuivit vingt-neuf fois son cours normal sur un total de quarante-quatre Myomectomies.

Dans trois cas (*Obs. 10, 28, 40*), les renseignements concernant l'accouchement font défaut. Restent vingt-six grossesses à terme.

Parfois, la grossesse poursuit son évolution tout entière, alors qu'*a priori* cet heureux résultat semble très improbable.

Poirier (*Obs. 25*), au cours d'une Myomectomie, incisa le muscle utérin dans toute son épaisseur et crut apercevoir le placenta; de même, Hardouin (*Obs. 36*) dut atteindre le plan de la muqueuse. Dujarier (*Obs. n° 42*) observa une grossesse qui arriva à terme après l'ablation de huit fibrômes; cinq d'entre eux étaient pédiculés, deux autres sous-séreux et le huitième interstitiel.

Les différents auteurs ne s'étendent guère, en général, sur les différentes phases de l'accouchement.

Et d'abord, nous nous arrêterons à l'étude de la présentation.

Nous ferons un rapide résumé de l'observation d'une présentation de l'épaule. Dans ce cas, M. le Professeur Boquel dut pratiquer une embryotomie sur fœtus mort.

Cette malade avait subi, vers le troisième mois de la grossesse, une Myomectomie pratiquée par M. le Professeur Monprofit.

« La constatation d'une présentation de l'épaule remontait à 24 heures. La rupture de la poche des eaux s'était produite auparavant, à une époque qui ne put être précisée. L'état

général était précaire, le pouls rapide, pas de bruit du cœur fœtal à l'auscultation. » « L'épaule droite était engagée, la tête était perçue dans la fosse iliaque gauche. » « L'utérus est contracturé. Quoique les phénomènes généraux fissent craindre une rupture rendue plus vraisemblable du fait de l'opération pratiquée au cours de la grossesse, on tenta l'extraction par morcellement. » « Elle fut difficile. La délivrance fut normale. » « L'exploration manuelle ne permit pas de sentir de rupture utérine... » « La femme mourut deux jours plus tard, après avoir manifesté une grande faiblesse et un pouls de fréquence extrême. »

Nous trouvons encore une présentation du siège chez la malade dont nous publions l'observation (n° II).

D'après les documents trop peu complets que nous avons pu recueillir, il nous paraît que la durée du travail reste normale après la Myomectomie ; elle n'est pas, en tout cas, sensiblement accrue.

Nous la trouvons de 22 heures (*Obs.* 22) chez une primipare de 24 ans ; de 24 heures, avec une période expulsive de deux heures, chez une primipare de 30 ans (*Obs.* 26). L'accouchement se produisit encore après une période de travail de 22 heures chez une primipare de 34 ans (*Obs.* n° 40).

Dans notre *Observation I*, concernant une secondipare, le travail se fit en 5 h. 40, avec une expulsion dont la durée ne dépassa pas cinq minutes. Enfin, l'*Observation II* nous montre encore la rapidité relative du travail chez une primipare avec présentation du siège. Il ne dura que 7 heures et la période expulsive fut réduite au minimum, grâce à la manœuvre de Mauriceau-Pinard rapidement pratiquée.

Parfois l'accouchement ne se termine pas de manière spontanée, et il faut recourir à une application de forceps. Nous trouvons ainsi cinq interventions de cet ordre sur vingt-six accouchements. Ce chiffre nous semble considérable. Mais il faut penser que les femmes chez qui une intervention fut jugée nécessaire étaient des primipares, d'eux d'entre elles avaient en outre dépassé trente ans (*Obs.* 25 et 29). Peut-être, d'ailleurs, l'application de forceps fut-elle décidée plus aisément que de

coutume, dans la crainte d'une moindre résistance d'un utérus myomectomisé.

Enfin, nous devons signaler un cas (*Obs. 27*) de menace de rupture utérine au cours du travail, qui obligea M. le Professeur Jeannin à pratiquer une césarienne. Nous en reproduisons ci-après l'observation en partie résumée.

Après l'étude de l'accouchement proprement dit, il nous faut penser à la délivrance.

Elle nous paraît être normale et nous n'avons constaté qu'un cas de délivrance artificielle (*Obs. 36*) consécutive, d'ailleurs, à une application de forceps « le placenta présentait un adhérence toute particulière ». Dans un autre accouchement (*Obs. 1*), les membranes déchirées paraissent complètes.

Quant aux suites de couches, nous n'en avons pas trouvé de pathologiques.

OBSERVATION

Flore B..., 37 ans, *primipare*. — Dernières règles du 1^{er} au 4 avril 1910. Auparavant, les règles étaient abondantes et douloureuses. Le 2 juin 1910, un examen révèle la présence d'un fibrome assez volumineux. En juillet, elle souffre dans le bas-ventre. Son médecin l'engage à se faire opérer. Le 28 août 1910, le Dr Depursac pratique l'ablation d'un fibrome volumineux occupant le plan antérieur de l'utérus, alors gravide de quatre mois et demi à cinq mois.

Examen le 3 janvier 1911. — Grossesse à terme. Le fœtus se présente en position gauche. Au toucher, dans le cul-de-sac postérieur, on sent très bien des tumeurs fibromateuses peu volumineuses, mais non mobilisables. Ce qui frappe le plus, c'est l'extraordinaire minceur de la paroi utérine antérieure. On a l'impression, en palpant la femme, que le fœtus est situé directement sous la paroi, tant on arrive facilement à reconnaître ses moindres parties. On se décide à attendre et à agir d'après les circonstances.

Le 4 janvier 1911, le travail se déclare. Dès les premières douleurs, la poche des eaux se rompt, les contractions sont extrêmement énergiques et fréquentes. A chacune d'elles on voit la tête fœtale pointer fortement en avant comme si elle devait effondrer le segment inférieur. A minuit, on est appelé. A ce moment le segment inférieur est extrêmement étiré et aminci; l'utérus prend nettement l'aspect de

l'hour-glass ante partum. Il est évident que la rupture utérine va se produire dans un délai très bref. On pratique immédiatement l'intervention. Anesthésie. La malade est mise en position de Trendelenbourg. Incision de la paroi abdominale de l'appendice xyphoïde au pubis. La section de l'utérus est pratiquée aussi haut que possible, et permet de retirer un enfant de sexe masculin, de 3.000 grammes, qui crie aussitôt. La délivrance est hâtivement pratiquée, et on complète l'intervention par une hystérectomie totale. Dans les suites opératoires, il survient une otite grippale. Pas de complication locale. Seize jours plus tard, la femme se lève.

Examen macroscopique. — L'utérus a la forme d'une grosse cornue. Le corps est normal ; cependant, il présente quelques fibromes en pleine paroi. Le segment inférieur est doublement curieux ; en arrière, il présente plusieurs masses fibromateuses sessiles. En avant, il est extraordinairement aminci, comme laminé et usé, semblable à une étoffe qui commence à se fissurer. Nos craintes de rupture imminente n'étaient donc point vaines.

CHAPITRE IX

Grossesses consécutives à la Myomectomie

Sans doute, l'évolution de la grossesse, au cours de laquelle des complications ont rendu nécessaire la Myomectomie, n'est-elle pas dépourvue d'intérêt; sans doute aussi l'étude de l'accouchement qui la termine mérite-t-elle de retenir l'attention; c'est là l'avenir immédiat de la femme myomectomisée.

Mais son avenir plus lointain, envisagé au point de vue obstétrical, forme un sujet d'examen d'une importance égale.

Nous pensons à ce sujet qu'il est possible d'établir un rapprochement entre la Myomectomie et l'opération césarienne.

On sait que la femme césarisée peut devenir enceinte de nouveau et que sa gestation ne présente, en général, aucune complication en rapport avec l'hystérotomie. Nous avons pu suivre, à la Maternité d'Angers, l'évolution normale de la grossesse chez quelques femmes ayant subi une fois et même deux fois la section césarienne.

Le muscle utérin, dans ces cas, recouvre une valeur normale, et la zone de la section utérine ne forme pas, en règle générale, une région de moindre résistance faisant craindre la rupture. Nous ne chercherons pas à déterminer la nature de la cicatrice utérine après la césarienne. Les partisans de sa nature conjonctive semblent devenir plus rares, et tout se passe, au point de vue clinique qui seul nous intéresse, comme s'il y avait presque toujours une *restitutio ad integrum* de la paroi utérine.

Des différences séparent cependant les deux ordres d'intervention. L'incision de la césarienne est totale et intéresse les couches

séreuse, musculieuse et muqueuse, alors que la Myomectomie profonde, que nous avons plus particulièrement en vue, respecte le plan muqueux, sauf de rares exceptions. D'autre part, l'hystérotomie est médiane dans la césarienne et occupe une zone très spéciale du muscle utérin, alors que le chirurgien doit pratiquer la Myomectomie au niveau même du développement de la masse fibreuse. De plus, l'énucléation de fibromes disséminés nécessite, en certains cas, quelques incisions et amène plusieurs cicatrices. Ces considérations auraient tendance à nous faire admettre, dans une certaine mesure, le plus grand danger de la Myomectomie au point de vue du fonctionnement ultérieur du muscle utérin.

L'étude des cas de grossesse consécutive à la Myomectomie, en général, n'est plus à faire. Hégar écrivait à ce sujet, d'une manière pittoresque : « Un utérus traversé de cicatrices n'est pas une bonne auberge pour le développement normal d'un œuf. » Cependant, des travaux nous semblent infirmer cette opinion.

Dans sa thèse, Benoît-Gonin passe en revue les statistiques antérieures; et nous voyons, d'après elles, la proportion des grossesses, survenant chez des myomectomisées, former un chiffre très variable. Elle est de 3,2 0/0, d'après Zwibel; de 9,5 0/0, d'après Martin de Berlin, et atteint 13 0/0 dans les observations de Nystrom. De telles variations sur les résultats de séries assez considérables d'interventions semblent provenir du fait que les divers auteurs ont englobé, dans leurs statistiques, tous les cas de Myomectomie, quelles que soient les suites opératoires pour la malade, en négligeant, en outre, de faire intervenir les considérations d'âge et de situation sociale (mariage ou célibat) des myomectomisées. Avec ces réserves, Benoît-Gonin trouve, dans les cas d'intervention de M. Goullioud, 5 cas de grossesses ultérieures survenant sur un total de 26 femmes mariées, âgées de 25 à 40 ans, soit près de 20 0/0.

Dans un article, en 1922, M. Goullioud, après de nouvelles observations, pense que ce taux, déjà intéressant, est encore inférieur à la réalité.

Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer le travail très récent de M. Lefebvre, sur un sujet semblable.

Au début de l'année dernière, MM. R. Didier et Hidden, dans une publication intéressante, faisaient part d'un accouchement à terme (nécessitant, il est vrai, une application de forceps) chez une femme myomectisée antérieurement à la gravidité.

Au cours de l'intervention, l'utérus « avait été dilacéré » par suite de l'ablation de neuf fibromes de volume variable entre la grosseur d'une orange et celle d'une bille, faisant plus ou moins corps avec la paroi utérine. Celle-ci fut complètement incisée avec ouverture de la cavité pour permettre l'excision de quatre noyaux sous-muqueux.

Mais ce sont là des grossesses survenant après des Myomectomies pratiquées en dehors de la grossesse. Nous envisagerons d'une manière particulière celles qui suivent une intervention faite en cours de gestation.

Les observations que nous avons résumées sont presque toutes des publications faites, peu après une Myomectomie, au cours de la grossesse heureusement terminée ou non par un accouchement normal. Aussi, la plupart d'entre elles ne laissent-elles pas entendre que la malade a été revue et suivie au point de vue obstétrical pendant un temps plus ou moins long. Si bien qu'avec des observations de faits isolés ne cherchant pas à faire l'étude de l'avenir obstétrical des myomectisées, nous ne songeons pas à l'établissement d'une proportion de grossesses ultérieures qui aurait les plus grandes chances de ne pas être exacte.

Nous nous bornerons à signaler quelques faits particuliers.

Une femme opérée par Témoin (*Obs. n° 15*), en 1898, au quatrième mois de sa grossesse, avec accouchement prématuré au sixième mois, devint enceinte, en 1899, et accoucha normalement. Lors d'une nouvelle grossesse, deux ans plus tard, elle avorta au cinquième mois.

Une malade de Young (*Obs. n° 30*) ayant avorté, en 1910, après une Myomectomie, fut de nouveau enceinte la même année et accoucha sans accident. Une application de forceps fut cependant nécessaire.

Nous terminerons par l'étude des observations inédites.

M^{me} H.... (*Obs. I*), âgée de 39 ans, myomectisée, en 1917, par M. le Professeur Boquel, eut une nouvelle grossesse, en 1921, terminée par l'accouchement normal d'une fille vivante de 3.450 grammes. Il s'agissait d'une présentation d'un sommet en O. I. D. A., dégagé en O. P., après un travail de 12 heures environ ; la période d'expulsion n'avait pas dépassé cinq minutes. La délivrance se fit, par expression simple, 40 minutes plus tard. Les membranes déchirées furent jugées incomplètes. Les suites de couches furent normales.

Dans un dernier cas (*Obs. II*), M^{me} X..., opérée en 1917, à quelques jours d'intervalle de la malade précédente, par M. le Professeur Boquel, et accouchée à terme, vit se développer, en 1922, une grossesse ultérieure. L'évolution en fut normale et à peine troublée, vers le septième mois, par quelques douleurs abdominales assez imprécises et sans gravité. Une quinzaine de jours avant l'accouchement, la présentation du siège fut aisément corrigée et transformée en sommet, grâce à une version par manœuvres externes. Ce résultat fut maintenu par le port d'une ceinture eutocique. Il faut noter que la grossesse de 1917 s'était terminée par l'accouchement d'une fille avec présentation de siège complet. Le travail ne dura guère que trois heures et un enfant vivant, de sexe masculin, pesant 3.200 grammes, fut expulsé en quelques coliques. La délivrance se fit spontanément, mais d'une manière tardive, 1 h. 45 après l'accouchement. Les membranes, en partie retenues, furent expulsées le quatrième jour et aucun incident ne marqua les suites des couches.

Ces quelques observations nous prouvent que la Myomectomie peut, en certains cas, sauvegarder, de la manière la plus parfaite, l'avenir obstétrical de femmes qui, sans elle, eussent été vouées à la stérilité.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Communiquée par M. le Professeur BOQUEL

M^{me} H..., couturière.

Aucun antécédent pathologique héréditaire. Père et mère vivants.
Aucun antécédent pathologique collatéral.

La malade dit avoir eu la rougeole dans son jeune âge. Elevée au sein, elle a marché à 11 mois.

Réglée régulièrement à 14 ans.

Première grossesse normale à 29 ans. Accouchement au forceps d'un garçon vivant, élevé au biberon.

a) MYOMECTOMIE. — La malade entre à la Maternité d'Angers le 24 août 1917.

Elle est âgée de 39 ans.

Elle entre à l'hôpital pour douleurs abdominales se manifestant par de violentes coliques ayant débuté le 13 août 1917.

Les dernières règles ont paru du 20 au 25 mars 1917.

Depuis cette époque, la malade a eu quelques vomissements, mais ne donne aucune précision à ce sujet.

A l'examen, le palper permet de reconnaître l'utérus notablement augmenté de volume et n'atteignant pas l'ombilic, dont il est séparé par une hauteur de deux travers de doigt.

Au toucher combiné au palper, on constate, dans le cul-de-sac droit, la présence d'une tumeur dure, lisse, tendue, directement accolée à l'utérus, mais paraissant nettement se séparer de lui par un sillon très appréciable. On ne peut toutefois mobiliser séparément les deux tumeurs. L'utérus est gros, gravide de quatre mois et demi environ. Le col est mou.

On n'entend pas le cœur fœtal.

On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire droit tordu chez une femme enceinte de quatre mois et demi à cinq mois. On élimine la salpingite et on ne pense pas au fibrome, tant en raison des résultats de l'examen que des manifestations douloureuses aiguës, subites, à grand fracas, qui sont la cause de l'entrée de la malade.

Un examen général ne révèle rien d'anormal.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le 30 août 1917, anesthésie générale au chloroforme. Laparotomie.

Le ventre ouvert, on voit qu'il s'agit d'un fibrome occupant le bord droit de l'utérus, débordant un peu sur la face antérieure; le fibrome très saillant fait corps avec l'utérus. Myomectomie après incision d'une certaine épaisseur de muscle utérin. L'énucléation se fait facilement. On fait une suture en masse à l'aide de nombreux points de catgut.

Aucun incident opératoire. L'intervention est pratiquée en place avec un minimum de traumatisme utérin.

Suites opératoires. — Le 30 août, toutes les trois heures, injection de 1/2 centimètre cube de solution de chlorhydrate de morphine au centième; la nuit, 1 centimètre cube, soit en tout 2 centigrammes 1/2. Vers 18 heures, la malade souffre de violentes coliques qui cessent presque aussitôt. Il en est de même le 31 août, à 2 heures du matin.

Suites opératoires normales.

Le 16 septembre, la malade quitte le service.

b) ACCOUCHEMENT. — M^{me} H.... entre de nouveau à la Maternité le 29 décembre 1917.

Depuis l'intervention, la grossesse a continué à évoluer normalement. Elle est à terme. Les urines sont normales.

M^{me} H.... entre à la salle de travail le 1^{er} janvier 1918, à une heure du matin, dès le début des douleurs.

O. I. G. P. Bruits du cœur perçus à gauche de la ligne médiane. La tête fœtale est haute.

A 4 heures, la tête est engagée. Dilatation comme cinq francs. La poche des eaux est plate.

Les douleurs deviennent plus fréquentes; à 5 heures et demie, la dilatation est complète.

Rupture de la poche des eaux, suivie immédiatement de l'accouchement de la tête qui se dégage en O. P. Accouchement normal, à 5 h. 40, d'un enfant du sexe féminin vivant pesant 3.140 grammes. La période d'expulsion n'a pas duré cinq minutes. Le travail a duré moins de cinq heures.

Vingt-cinq minutes après, on fait la délivrance par expression simple.

Les membranes sont déchiquetées, semblant complètes. On note l'insertion vélamenteuse du cordon. Poids : 350 grammes.

Suites de couches normales.

c) ACCOUCHEMENT ULTÉRIEUR. — M^{me} H.... entre à la Maternité d'Angers le 8 janvier 1922.

Elle rapporte que son enfant, né le 1^{er} janvier 1918, est mort à deux mois, les renseignements complémentaires manquent.

Elle a actuellement 43 ans.

Ses dernières règles ont paru du 23 au 26 mars 1921.

Au cours de la grossesse, la malade a eu quelques nausées et des douleurs qu'elle ne peut déterminer dans la région épigastrique. Ses urines ne renferment pas d'albumine. Le fœtus est en position droite. On perçoit les bruits du cœur sur la ligne médiane.

Début du travail le 11 janvier, à 19 heures. La malade entre à la salle de travail à 20 heures. Les douleurs sont faibles et espacées. Col déhiscent.

Le 12 janvier 1922, à 3 heures, la dilatation est comme cinq francs, l'engagement est réalisé en variété O. I. D. A. A partir de 6 heures, les douleurs se rapprochent et deviennent plus intenses. La dilatation est complète à 6 h. 45. A 6 h. 50, accouchement, après dégagement, en O. P., d'un enfant vivant, de sexe féminin, de 3.450 grammes. Soit durée totale du travail, de 11 heures environ.

On fait la délivrance, par expression simple, 40 minutes plus tard.

Les membranes sont déchirées et semblent incomplètes. Le placenta pèse 560 grammes.

Suites de couches normales.

Allaitement maternel. La courbe du poids de l'enfant est normale.

La mère et l'enfant quittent la Maternité le 28 janvier 1922.

OBSERVATION II

Communiquée par M. le Professeur BOQUEL.

M^{me} X..., 31 ans, bien portante et bien réglée, mariée depuis trois ans, vit venir ses règles, pour la dernière fois, au début de mars 1917 (du 9 au 12).

a) MYOMECTOMIE. — Au mois d'août 1917, le 21, elle est prise le matin de douleurs violentes siégeant particulièrement dans le côté

droit du ventre, avec irradiation dans tout le ventre, dans le dos, sensation de tiraillements, de torsion, accélération du pouls, pâleur de la face.

La crise dure peu, reprend le lendemain, la malade vient consulter le même jour, 22 août.

On constate très nettement l'existence d'une grossesse de 5 mois environ, et, sur le côté droit de la matrice et un peu en avant, on trouve une tumeur rénitente, très douloureuse au toucher, paraissant indépendante de l'utérus. Le toucher et les mouvements de déplacement de la tumeur produisent une douleur extrême avec pâleur de la face. Le pouls est bon, pas d'élévation de température. A part les coliques, d'ailleurs peu marquées, pas d'autres troubles.

On fait le diagnostic de tumeur annexielle tordue et on propose une intervention qui est acceptée.

L'opération est faite le 29 août 1917.

Le ventre ouvert, on trouve un utérus gravide et, sur la partie antérieure de l'utérus, à droite et vers la région de l'angle, faisant corps avec lui, et déterminant une saillie nette à sa surface, une masse qui a la grosseur d'une orange, d'apparence nettement fibreuse ; elle paraît en effet, le ventre ouvert, non pas indépendante de l'utérus, mais elle est incluse dans la paroi.

Une incision faite longitudinalement intéresse une coque qui paraît musculaire, relativement épaisse et l'énucléation se fait aisément, mais au prix d'un suintement très abondant de sang par les parois d'une cavité profonde qui ne doit pas affleurer la muqueuse.

On fait une suture du muscle. De nombreux points de catgut (dont un en U) capitonnet la cavité. Le suintement s'arrête, on referme le ventre. On n'a pas de preuve, à l'examen superficiel de la matrice, de l'existence d'autres noyaux.

Les suites furent parfaites. Des coliques survinrent le premier jour et diminuèrent le deuxième. La malade fut soumise, dès l'heure qui suivit l'intervention, à la morphine (2 centigrammes le premier jour en cinq fois), qui ne fut pas continuée plus tard que le deuxième jour (1 centigramme).

La malade se leva le vingtième jour.

Le 20 novembre 1917, la malade vint consulter pour faire déterminer la présentation. Elle se plaignait de quelques douleurs vagues et de certaines démangeaisons vulvaires.

On constate un siège dont l'évolution ne peut être obtenue ; la matrice se contractant facilement, et des douleurs assez vives survenant, on ne crut pas devoir insister.

b) ACCOUCHEMENT. — Le 29 décembre 1917, la malade fut prise de

douleurs d'accouchement. Le travail normal dura 7 heures jusqu'à dilatation complète. A ce moment, la poche des eaux se rompit et l'expulsion commença. Ne voulant pas laisser l'utérus se fatiguer, la présentation étant un siège complet, l'enfant peu volumineux, on fit facilement l'extraction.

C'est une fille de 3.100 gr. qui vit.

La délivrance vint normalement. Aucune complication quelconque à signaler dans les suites de couches.

La malade se rétablit complètement et reprit sa vie, nourrissant elle-même sa fille six mois; allaitement mixte à partir de ce moment.

c) GROSSESSE ULTÉRIEURE. — Après quatre ans de vie absolument normale, sans maladie d'aucune sorte, ne souffrant nullement du ventre, M^{me} X... est prise en mai 1922 de quelques douleurs assez imprécises. Les règles toujours régulières viennent, pour la dernière fois, le 15 mars 1922. La grossesse est diagnostiquée et on constate que la matrice est un peu plus grosse peut-être qu'elle ne devrait être, au cours d'un examen fait en mai. Elle paraît de plus être à droite.

A un nouvel examen, le 21 juillet, il apparaît que la matrice a grossi régulièrement, mais il reste, au niveau de la face antérieure, pas très loin de la région opérée, un petit noyau fibreux, de la grosseur d'une noix, régulier, pas très douloureux, si bien que les traits de la malade ne sont guère altérés quand on le touche.

La grossesse se continue sans incident autre que, en octobre, des tiraillements douloureux assez imprécis aussi bien à droite qu'à gauche. La malade se plaint un peu de ces douleurs, mais il semble bien qu'elles n'ont pas un caractère sérieux. L'état général, l'appétit, tout est parfaitement bien.

Le 24 novembre, à l'examen, on constate un siège.

Le 15 décembre, prévoyant l'accouchement prochain, on pratique une version qui se fait très facilement. La tête amenée au niveau du détroit supérieur est bien maintenue avec une ceinture qu'on laisse en place 8 jours. Au bout de ce temps, la tête paraissant fixée, on enlève la ceinture.

Le 30 décembre 1922, les douleurs surviennent, douleurs vagues pendant quelques heures; puis, en trois heures, la dilatation se fait normalement, et l'expulsion a lieu en quelques coliques, après rupture préalable de la poche des eaux.

L'enfant, un garçon, pèse 3 kgs 200.

La délivrance est très lente à se faire. C'est seulement au bout de 1 h. 45 que la malade expulse spontanément la délivrance. Il manque quelques membranes.

Les suites sont très bonnes, quelques tranchées sans caractère très

marqué. Les membranes sont expulsées le quatrième jour, sans élévation de température marquée ; seulement un peu d'odeur des lochies à ce moment.

La malade nourrit. Le lait monte bien.

Aucun incident n'apparaît.

OBSERVATION III

Communiquée par M. le Professeur BOQUEL

Recueillie par notre ami, le Docteur J. MOREAU

M^{me} A..., 35 ans, couturière, secondipare, entre à la Maternité d'Angers, le 15 décembre 1921, pour malaise général.

Le père de la malade est mort à 64 ans, atteint de troubles gastro-intestinaux. La mère est en bonne santé.

Une sœur tousse et est atteinte de laryngite depuis sept ans.

La malade ne donne aucun renseignement sur sa première enfance. Toutefois, elle a dit avoir eu la rougeole.

Elle a été réglée à 12 ans, toujours régulièrement.

En 1920-1921, elle a eu une première grossesse. Elle aurait eu de l'albumine à la fin de sa grossesse et deux crises d'éclampsie en février 1921, quelques heures avant son accouchement. Son enfant, de sexe féminin, pesant 1.500 grammes à sa naissance, mourut 9 jours plus tard.

Les règles reparurent et furent normales.

a) MYOMECTOMIE. — Depuis le 15 octobre 1921, les règles n'ont pas reparu.

La malade ne se plaint d'aucune douleur abdominale, elle dit seulement ressentir un malaise général qu'elle ne peut définir.

Un examen général ne révèle aucun trouble des divers appareils, et, en particulier, rien d'anormal à l'analyse des urines. Pas de constipation, ni de signes de compression vésicale.

L'examen de l'appareil génital montre l'absence de leucorrhée.

Au palper abdominal, on sent l'utérus qui est gros et remonte à égale distance du pubis et de l'ombilic. De plus, il est dévié vers le côté gauche.

Le toucher permet de sentir un col ramolli, un peu gros et porté un peu à gauche de la ligne médiane.

Au toucher combiné au palper, on note que le cul-de-sac droit est occupé par une masse ovoïde séparée de l'utérus par un sillon. Cette masse, non douloureuse à la pression, est de consistance dure, fibreuse. Elle est perçue par la main abdominale. On estime son volume égal à celui d'un gros œuf.

Les mouvements imprimés à l'utérus, par la main abdominale, sont transmis également au col utérin et à cette masse. Cependant, les mouvements imprimés par le doigt vaginal à cette masse ne sont pas transmis au col utérin.

On pense à la présence d'un kyste de l'ovaire droit.

Opération sous anesthésie générale, au chloroforme, le 21 décembre 1921.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. — On trouve l'utérus gros, paraissant gravidé. On trouve dans le ligament large droit une tumeur fibreuse lisse de la grosseur d'un œuf. Cette tumeur adhère intimement au segment inférieur de l'utérus et fait corps avec lui. A l'incision d'une couche de tissus musculaire succède l'énucléation du fibrôme. Dans cette manœuvre, quelques fibres musculaires sont arrachées. Suture des bords de la plaie utérine par des points séparés de catgut. Surjet de catgut recouvrant les points séparés et fermeture de la brèche pratiquée dans le ligament large. Suture du péritoine par un sujet de catgut. Suture des muscles droits — surjet de catgut. Suture de la peau aux crins.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération et le lendemain, la malade reçoit par 1/2 centimètre cube 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine. L'accumulation des gaz dans l'intestin provoque quelques coliques qui disparaissent, le 23 décembre, après un laxatif d'huile de ricin. La malade n'a pas de coliques utérines, elle urine normalement.

Le 30 décembre, à 4 heures du matin, la malade est prise d'un grand frisson qui dure 15 minutes. Elle vomit abondamment en même temps. La température n'a pas été prise.

Le même jour, on enlève les crins de la paroi.

Le 1^{er} janvier, à 23 heures, frisson durant 20 minutes, suivi de vomissements (la température n'a pas été notée).

Le 2 janvier, à 23 heures, frisson durant une demi-heure amenant, une demi-heure plus tard, une température axillaire de 38°.

b) **AVORTEMENT.** — Le 3 janvier, des douleurs utérines se manifestent dans l'après-midi. La malade entre en travail et perd les eaux. A 20 h. 30, expulsion d'un petit fœtus de 7 centimètres de long environ. La délivrance ne se fait pas.

Le 4 et le 6 janvier, l'ingestion de 3 cachets de 0 gr. 50 de sulfate de quinine chaque n'amène pas l'expulsion du placenta.

La malade a, le 6, quelques coliques utérines. On note une élévation de la température à 38°. Les lochies sont grisâtres, odorantes.

Le lendemain, 7 janvier, anesthésie générale au chloroforme. Extraction à la pince du placenta, curage digital, écouvillonnage de l'utérus. Injection intra-utérine d'eau iodée. On place, dans l'utérus, une mèche iodée.

Dans l'après-midi, la malade se plaint de coliques utérines. Le lendemain, la mèche est retirée ; la température devient normale.

La réaction de Wassermann pratiquée est négative.

Les suites de couches sont normales.

La malade sort, guérie, le 21 janvier 1922.

MALADIE : Madame Anne HOPITAL : Quessa

SALLE : 12

N° :

Jour de la maladie

R 80 P 180 T 42

76 170

70 180 41

83 180

80 140 40

83 130

50 120 38

48 110

40 100 38

35 90

30 80 37

28 70

20 80 38

13 80

10 40 38

DATES

18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Dimanche 18

* 19

Observations

Jeune 1922

Malade - complètement guéri

Intervention

Intervention

Intervention

Intervention

Malade - complètement guéri

CONCLUSIONS

I. — En règle générale, l'évolution de grossesse dans un utérus fibromateux est normale, et il faut se garder d'avoir recours à une intervention chirurgicale lorsqu'il y a co-existence de gestation et de fibrôme.

II. — Exceptionnellement, des complications graves peuvent néanmoins rendre la laparotomie nécessaire.

III. — Dans ce cas, en présence d'un fibrôme unique et susceptible d'être énucléé, diagnostiqué ou non avant l'intervention, la Myomectomie, à condition de pouvoir être faite avec une parfaite hémostase, nous semblera souvent préférable à l'hystérectomie.

La Myomectomie, en effet :

1° Permet souvent la continuation de la grossesse et l'accouchement normal ;

2° Évite à la malade les inconvénients de la ménopause anticipée.

IV. — Nous insistons, en particulier, sur le fait que la Myomectomie sauvegarde, en outre, l'avenir obstétrical, comme le prouve l'apparition possible de grossesses ultérieures normales, heureusement terminées par un accouchement sans incident.

VU : *Le Doyen,*

H. ROGER.

VU : *Le Président,*

CYRILLE JEANNIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR. — Fibrôme et grossesse. *Journal des Praticiens*, 1912.
- BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — Pratique de l'art des accouchements.
- BENOIT-GONIN. — Contribution à l'étude des grossesses après Myomectomie. Thèse Lyon, 1913.
- BONNIER. — De la Myomectomie abdominale dans le traitement des fibrômes utérins. Thèse Lyon, 1904.
- BOQUEL. — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, Paris, 1911.
- BOURSIER. — Fibrôme et grossesse. Rapport au Congrès de Nantes, 1901.
- BURTY. — Contribution à l'étude des fibrômes compliquant la grossesse. Thèse Paris, 1907.
- CHAVANNAZ. — Nécrobiose des fibrômes utérins et grossesse. XXVIII^e Congrès de Chirurgie, Paris, 1919.
— *Annales Gynéc. et Obst.*, 1910, p. 671.
- CHIFOLIAU et BENOIST-PILLOIRE. — Contribution à l'étude du traitement des fibrômes au cours de la grossesse. *Progrès médical*, 8 juillet 1922.
- CONDAMIN. — Myomectomie sur utérus gravide. *Lyon médical*, 1904, p. 85.
- DELAGENIÈRE. — Congrès de Nantes, 1901.
- P. DELBET. — Fibrôme et grossesse. *Bull. et Mém. Société Chirurgie*, Paris, 1902.
- DARTIGUES. — De la chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibrômes. Thèse Paris, 1901.
- R. DIDIER et HIDDEN. — *Bull. d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1922, n° 2.

DUJARIER. — *Bull. et Mém. Société Chirurgie de Paris*, séance du 29 mars 1922.

FONTAINE. — De la Myomectomie pendant la grossesse. Thèse Paris, 1913-1914.

J.-L. FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*.

FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie. Traité Le Dentu et Delbet*, 1916, XXXIV.

GOULLIoud. — Indications actuelles de la Myomectomie. *Presse médicale*, 25 février 1922.

GROSSE. — Indications de l'intervention sur les fibromes gravidiques au cours de la grossesse et pendant le travail. Thèse Paris, 1902.

HARDOUIN. — *Archives générales de Chirurgie*, décembre 1907.

— De la conduite à tenir dans la grossesse compliquée de fibromes. *Revue mensuelle de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1913.

HENIECK. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, Bordeaux, 1920.

JACOBS. — *Progrès médical belge*, 1902; in QUÉNU, *Bull. et Mémoires Société Chirurgie*, Paris, 1902.

JAMAIN. — Fibrome utérin et puerpéralité. Thèse Paris, 1906-1907.

JEANNIN. — Hystérectomie, pour menace imminente de rupture utérine au cours du travail, en un cas de fibrome du segment inférieur. Soc. Obst., Gynéc. et Pédiat, Paris, 1910-1911.

JOUBERT. — Fibrome et grossesse. Indication des interventions chirurgicales. Thèse Paris, 1907.

J. KELLY. — *John Hopkin's Hospital Bull*, jul.-aug., 1904.

LANCE. — Les complications dans les fibromes avec grossesse. Cas de Myomectomie. *Paris chirurgical*, 1910, p. 857.

LEFOUR. — Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. Thèse d'agrég. Paris, 1880.

LEVRET. — *Mémoire 1749*.

LEFEBVRE. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi la Myomectomie.

LEPAGE. — *Annales de Gynéc. et d'Obstétrique*, mars 1900, p. 30.

LE LORIER et DUCHÈNE. — Accidents d'occlusion intestinale à 3 mois 1/2 de gestation par fibrome utérin; Myomectomie. *Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, n° 2, 1922.

- LOUBET. — Enucléation des fibrômes. Thèse Paris, 1901-1902.
- A. MARTIN. — *Naturforscherversammlung*, in Cassel, 1878.
- BALFOUR MARSHALL. — Fibromya complicating pregnancy. *Glasgow medical Journ.*, febr. 1922.
- MÉHEUT. — Contribution à l'étude des fibrômes gravidiques. Thèse Paris, 1901.
- MONPROFIT. — Congrès français de Chirurgie, Paris, 1897.
— Congrès de Nantes, 1901.
— Sur la Myomectomie abdominale. *Revue Gynécol. et de Chirurgie abdom.*, 1906, p. 517.
- MORINIÈRE. — Myomectomie abdominale. Thèse Paris, 1899.
- OZENNE. — De la tolérance de l'utérus gravide. *Bull. médical*, 1896.
- OZENNE et THÉVENARD. — *Paris chirurgical*, 1908, p. 843.
- PHILIPPS. — Case of myomectomy during pregnancy. *Journ. of Obstétr. and Gynécol. British Empire*, 1914, p. 289.
- PINARD. — Congrès de Nantes, 1901.
— Discussion Soc. Obst., Gynécol., Pédiat., Paris, 1901.
— A propos d'un fibrôme calcifié. *Bull. méd.*, 1909.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
— Myomectomie abdominale. *Presse médicale*, n° 105, 1908.
- PUJOL. — Rapports réciproques de la grossesse et de la parturition avec les tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse Montpellier, 1896.
- M. REEB. — Fibrôme et gestation. *Gynécol. et Obstétrique*, 1921, p. 150.
- RIBÉMONT, DESSAIGNE, LEPAGE. — *Traité d'Obstétrique*, 1914.
- RICHELOT. — Discussion Soc. Obst., Gynéc. et Pédiat., Paris, 1901.
- STRATZ. — Myomectomie pendant la grossesse. *Ann. Gynécol. et Obst.*, 1906.
- SCHWARTZ. — Discussion Soc. Obst., Gynécol. et Pédiat., Paris, 1901.
- TAYLOR. — Case of Myomectomy during pregnancy. *Am. Journ. of Obst.*, 1910, p. 656.
- TROEL. — Studien über das utérus myom in seinen Beziehungen zu conception, Stockholm, 1910. Schwangerschaft Geburt und Wochenbett.
- TUFFIER. — *Bull. et Mém. Société Chirurgie*, Paris, 1900, p. 840.

TURNER. — Des interventions chirurgicales dans les fibrômes gravidiques. Thèse Paris, 1899-1900.

VARNIER. — Congrès de Nantes, 1901.

— Discussion Soc. Obst., Gynécol. et Péd., Paris, 1901.

VIEL. — Contribution à l'étude des fibrômes gravidiques ; des indications opératoires au cours de la grossesse. Thèse Paris, 1921.

VORON. — Séance de la Société d'Obst. et Gynécol., Lyon, 28 mai 1920.

WARD. — Fibromyoma of uterus complicating pregnancy. *Am. Journ. of Obst.*, 1912.

YOUNG. — A case of Myomectomy during pregnancy. *Am. Journ. of Obst.*, 1912.

ZWIBEL. — Traitement des fibrômes utérins par l'énucléation abdominale. Thèse Paris, 1900.

- " - ANGERS

IMPRIMERIE CENTRALE

- 15, RUE DE LA ROE -



